

Bütün olgularda çarpıntı ve nefes darlığı egemen olan yakınmalar olmuştur. Göğüs ağrısı ise 31-40 yaş ve üzerindeki 4 olguda gözlenmiştir. (Tablo II)

Tablo : 2 - Yakınma Değerlendirmesi.

	Sayı	% oranı
Çarpıntı	44	100
Nefes darlığı	35	80
Halssizlik	24	54.5
Göğüs ağrısı	6	13.6

Klinik olarak bütün olgulardaki ortak bulgu sağ ventrikül hipertrofisi, pulmoner odakda algılanan ejeksiyon tipindeki sistolik üfürüm ve ikinci sesin sabit çiftleşmesi olmuştur. Hafif siyanoz yalnız iki olguda görüldü. EKG'de sağ ventrikül hipertrofisi, sağ dal bloku, sağ aks deviasyonu bütün olgularda vardı. (Tablo III) (Tablo IV)

Tablo : 3 - Klinik bulgular

	Sayı	% oranı
Siyanoz (hafif)	3	6
Sağ vent. Hipertrof.	44	100
Hafif (derece 1)	12	
Orta (derece 2)	23	
İleri (derece 3)	9	
Sistolik ej. üf.	44	100
İkinci sesin çiftl.	44	100

Tablo : 4 - Laboratuvar bulguları

	Sayı	% oranı
EKG		
Sağ ventrikül hipertrofisi ve		
sağ aks. rotasyonu	44	100
Sağ dal bloku	44	100
Atrial fibrilasyon	2	4
Telekardiografi		
Sağ atrium büyümesi	44	100
Pulmoner at. genişlemesi	44	100

Ameliyat endikasyonu yönünden değerlendirme kriterleri pulmoner akım/sistemik akıma oranı (QP/QS) ve oksijen saturasyonlarındaki yükselmeler esas alınmış, hiçbir olguda anjiyografik değerlendirme yapılmamıştır. Sol-sağ şant en düşük 1.9 Lt/dakika, en yüksek 2.9 Lt/dakika olmuştur. Mutlak ameliyat endikasyonu için QP/QS oranının 2/1 olması kriter olarak benimsenmiştir. (Tablo V)

Tablo : 5 - Kalb kateterizasyonu

Pulmoner arter basıncı	Sayı	% oranı
10 - 20	5	11
21 - 30	35	80
31 - 40	4	9

Olgulardaki pulmoner hipertansiyon % 80'inde orta derecede bulunmuştur. Yanlız yaşlı bir olguda pulmoner arter basıncı 48 mm Hg idi.

Ameliyat Yöntemi

Narkoz ajanı olarak Dehydro-benzpreydol ve Fentanil'le nöroleptik narkoz uygulanmıştır.

Ekstrakorporal dolaşıma (By-pass) hazırlık median sternotomi, üst ve alt venaların kanülasyonu ile, arteriyel perfüzyon ise assenden aortadan gerçekleştirilmiştir.

Olguların çoğunda % 5 dekstroz - Ringer solüsyonu ile hemodilüsyon yapılmış, perfüzyon 2.4 Lt/M²/Dakika olarak verilmiş ve 30°C ye kadar sistemik hipotermi uygulanmıştır. Aortanın klempe edilmesi ile oluşan anoksik arrest sırasında myokardın korunmasında 1977 yılından beri bütün açık kalb ameliyatı olgularında kullandığımız «Kardioplejic solüsyon» ekstrakorporeal dolaşım süresinin kısa olmasına karşın bu serideki bütün olgularda kullanılmıştır. Defektin tamirinde 1,5x2 cm² olan defektler primer sütürle, daha büyükleri ise teflon yama ile kapatılmışlardır. Yama kullanılan olgularda ameliyattan sonra anti koagulan uygulanmıştır. (Tablo VI)

Tablo : 6 - Ameliyat Yöntemi

	Sayı	% oranı
D irekt sütürle dikme	35	80
Teflon yama	9	20
Pulmoner valvotomi	2	4.5

Aortanın klempe edilmesi (anoksik arrestten) kısa 18 dakika, en uzun 35 dakika ortalama 25 dakika olmuştur.

Bütün olguların tedavisi başarı ile gerçekleştirilmiştir. Ameliyat sonrası komplikasyon olarak bir olguda heparinizasyon dozundaki hataya bağlı olarak erken dönemde mesensefalik iskemiye bağlı olarak solunum yetmezliği görülmüş başarı ile tedavi edilmiştir. Bir olguda postperikardiektomi sendromu diğer bir olguda ise sağ bacakta tromboflebit dört olguda ise değişik türde tedaviyi gerektiren aritmiler gözlenmiştir.

Olguları % 90'ı ameliyattan sonra en az bir kere kontrol edilmişler ve normal yaşamlarını sürdürdüklerini ifade etmişlerdir.

TARTIŞMA

Doğumsal kalb lezyonları çoğunlukla genç hasta grubuna özgü kalb hastalıklarını oluşturur. Hemodinamiği bozmayan küçük atrial septal defektler ileri yaşlara kadar çok az belirti vererek yaşamla bağdaştığı halde, büyük defektler daha erken kalb yetmezliği oluşturur (5,10). Atrial septal defektler doğumsal kalb hastalıkları arasında prognozu en iyi olanıdır (2).

Bu serideki olgulardanda görüleceği üzere sekundum tipi atrial septal defektlerde ortak yakınma dispne çarpıntı ve halsizliktir. Göğüs ağrısının buna eklenmesi ileri dönemlerde gelişen pulmoner hipertansiyona bağlıdır. Yaşlı hastalarda bu belirtilerin ortaya çıkması ve kalb fonksiyonlarının bozulması çok daha kısa sürede olur, prognozu olumsuz yönde etkiler (2,3,6,10).

Pulmoner hipertansiyon, soldan sağa şant çok fazla olmadığı durumlarda, daha ziyade yaşlı hastalarda oluşur. Kısa sürede oluşmasında şantın akciğer arteriollerinde oluşturduğu değişiklik yanında tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve pulmoner embolilerin katkısının rolüde olabilir. Pulmoner arter basıncının yüksek bulunması şantın büyüklüğü ile daha çok orantılıdır (8,11).

Bizim olgularımız daha çok genç grubu içerdiğinden pulmoner hipertansiyon orta derecede olmak üzere yalnız iki hastada gözlenmiştir. Bu özellik ameliyatlara mortalitesiz ve ameliyat sonrası prognozun çok iyi oluşunda büyük etken olmuştur.

Yaşlı arterial septal defektli hastalarda pulmoner hipertansiyon sonucu gelişen konjestif kalb yetmezliği, hepatomegali gibi kalb debisinin küçüklüğünü gösteren bulgulara atrial fibrilasyonunda eklenmesi hem ameliyat hemde ameliyat sonrası prognozu olumsuz yönde etkiler. YALAV ve arkadaşları (12) altmış yaş üzerinde cerrahi tedavi gören bu durumdaki hastalarda % 25 mortalite nedenini yüksek pulmoner hipertansiyon ve atrial fibrilasyona bağlamışlardır. Konjestif kalb yetmezliğinin buna eklenmesi, mortalite oranının % 39 kadar yükselebileceği ifade edilmiştir (9,11).

Atrial septal defektde uyguladığımız ameliyat yöntemi evrensel düzeyde benimsenmiş yöntemdir. 1,5x2 cm² çapından büyük defektler teflon yama daha küçük defektler ise primer sütürle kapatılmışlardır. Kliniğimizde myokardın anoksik arrest sırasında korunması için kullandığımız «Kardioplejik solüsyon» olguların çoğunluğunda kullanılmıştır. Ekstrakorporal dolaşım (By-pass) süresinin kısa oluşu yanında ameliyat sonrası aritmilerin çok az görülmesinde bu yöntemin katkısının olduğu kanısındayız.

Atrial septal defektli olgularda ameliyatın yapılıp yapılmaması veya ne zaman yapılması gerektiği tartışması ancak yaşlı hastalarda yapılmalıdır. Biz genç hasta grubunda yakınmaları az olsada, yapılan tetkiklerde Pulmoner akım/sistemik akım (QP/QS)'ın iki katına çıktığı durumlar da ameliyat endikasyonunun olduğu kanısındayız. Yaşlı kişilerde ameliyat endikasyonu pulmoner hipertansiyon derecesine, konjestif kalb yetmezliği ve atrial fibrilasyonun varlığı dikkate alınarak konulmalıdır. Böyle hastalarda yukarıda da değinildiği üzere mortalite çok yüksektir.

Atrial septal defekt ve Patent Duktus Arteriosus'un ameliyat edilmeden venöz yoldan bir şemsiye (7) ile kapatılabileceği tarif edilmişse de sonuçlar henüz kesinlik kazanmamıştır.

ÖZET

Cerrahi tedavisi mortalitesiz gerçekleştirilen 44 sekundum tipi atrial septal defekt olgusu takdim edildi. Olguların çoğunluğunu pulmoner hipertansiyon, konjestif kalb yetmezliği, atrial fibrilasyon gibi cerrahi risk faktörlerinden yoksun genç hastalar oluşturdu. Erken cerrahi tedavinin önemi vurgulandı.

SUMMARY

Atrial Septal Defect-Secundum- Type-Principles of Treatments And Surgical Results

Forty-four cases of secundum type Atrial Septal Defect were treated surgically without mortality. Majority of cases were in young age group free of pulmonary hypertension, congestive heart failure and atrial fibrillation which are considered to be risk factors in surgery. Importance of early surgical treatment is emphasized.

KAYNAKLAR

- 1 - Allmerdinger P. ve arkadaşları : Atrial Septal defect with communication the coronary sinus. Ann. Thorac. Surg. 17. 193, 1974.
- 2 - Campbell M.N. ve Suzman S. : Prognosis of Atrial Septal Defect. Br. Med. J. 1 : 1357, 1957.
3. Cooley, D.A. ve arkadaşları : Congenital Cardiovascular Anomalies in Adults. Results of Surgical treatment in 167 patients over age 35. Am. J. Cardiol. 17 : 303, 1966.
4. Diamond M.A. ve arkadaşları : Echocardiographic features of Atrial Septal Defect. Circulation 43 : 129, 1971.
5. Gault, J.H. ve arkadaşları : Atrial Septal Defect in patients over the age of forty years. Circulation 37 : 261, 1968.
6. Kelly, J.J. ve arkadaşları : Atrial Septal Defect in the Elderly. Ann. Intern. Med. 48 : 267, 1958.
7. King J.D. ve arkadaşları : Secundum Atrial Septal Defect : Nonoperative closure during cardiac catheterization. JAMA 235 : 2506, 1976.
8. Liddle, H.V. ve arkadaşları : The results of Surgical correction of Atrial Septal Defect, Complicated by pulmonary, hypertension.
9. Moo Goon ve arkadaşları : Atrial Septal Defect : Factors Affecting the surgical mortality rate. Circulation 19 : 195, 1959.
10. Tikoff G. ve arkadaşları : Heart failure in atrial septal defect. Am. J. Med. 39 : 533, 1965.
11. Wolt, D.S. ve arkadaşları : Atrial Septal Defect in patient over 45 years of age. Br. Heart J. 30 : 115, 1968.
12. Yalav, E. ve arkadaşları : Surgery for atrial septal defect in patients over 60 years of age. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 62 : 788, 1971.